LE SYNDROME DE VESSIE INSTABLE : QUELLES SOLUTIONS ?



Auteur : Sandrine Galliac Alanbari kinésithérapeuthe spécialisée en rééducation uro-gynécologique, auteur de « rééducation périnéale féminine mode d'emploi… » Ed Robert Jauze

Chapo : Uriner souvent et dans l'urgence peut empoisonner la vie. Ce syndrome souvent méconnu peut être amélioré à travers une approche associant des techniques comportementales et des stimulations manuelles ou électriques.

Les syndromes sont des associations de différents symptômes. Ils doivent permettre d'orienter le diagnostic vers une maladie. A eux seuls ils ne sont pas caractéristiques d'une maladie puisque plusieurs maladies peuvent avoir des syndromes identiques. Dans quelques cas la maladie n'est pas identifiée ou nommée, c'est le cas pour le syndrome de vessie instable.
Nous différencierons le syndrome de vessie instable, **de la vessie hyperactive** causée par ce que l'on appelle médicalement « une épine irritative ». La cause est soit une infection urinaire, une tumeur, un vieillissement pathologique vésical, ou autre, elle est objectivée par des examens complémentaires comme l' ECBU, ou le bilan urodynamique (BUD). Elle répondra à une thérapeutique classique adapté à la cause (antibiotiques, anticholinergiques, chirurgie)

Ainsi, le syndrome de vessie instable se caractérise un symptôme principal l'urgenturie ou urgence mictionnelle. Il s'agit d'un désir soudain, impérieux et fréquemment irrépressible d'uriner.
Il est différent de la progression normale du besoin qui passe d'une sensation de vessie remplie à une sensation d'envie d'uriner par vessie pleine.
S'associent a ce symptôme une pollakiurie, augmentation du nombre de mictions dans la journée au-delà de 6 à 7, et une nycturie, plus de une miction par nuit.
Et peuvent être associés de nombreux symptômes douloureux génito-urinaires qui sont tous chroniques.

La sensation de douleur doit être caractérisée quant à sa fréquence de survenue, son intensité, sa durée, l'existence d'éventuels facteurs favorisants, ou encore sa localisation. On distingue :

- La cystite interticielle La cystite interstitielle est une maladie chronique inflammatoire de la vessie, avec des symptômes très douloureux et affligeants. Elle peut ressembler de prime abord à une infection bactérienne, mais les antibiotiques n'ont aucun effet sur elle; les tests d'urine sont stériles. Les symptômes caractéristiques sont la douleur, l'urgence et la fréquence urinaires. (accompagné d'une difficulté de plus en plus grande à uriner à mesure que la maladie évolue)
La douleur peut être intensifiée lorsque la vessie est pleine, et allégée lorsqu'elle est vidée. Elle se manifeste souvent dans la région pelvienne, abdominale. Elle s'étend parfois jusqu'à la partie inférieure du dos, et peut également être sentie dans l'aine et dans les cuisses. Chez les femmes, la douleur peut être dans le vagin et chez les hommes, dans le pénis, les testicules, le scrotum et le périnée. On peut la retrouver aussi à l'urètre autant chez les hommes que chez les femmes.

- La vulvodynie : brûlure au niveau de la vulve et/ou du vagin

- La cystalgie: terme général pour définir une douleur ressentie dans la région pré ou rétro-pubienne. La douleur augmente habituellement au fur et à mesure du remplissage vésical et peut éventuellement persister après la miction.

L'uréthralgie: douleur ressentie dans l'urèthre et que le patient désigne.
- La douleur vulvaire: douleur ressentie strictement au niveau vulvaire.

- La douleur vaginale: douleur ressentie à l'intérieur de la cavité vaginal au delà du segment vulvaire.

- La douleur périnéale: est une douleur ressentie chez la femme entre la fourchette vulvaire et l'anus.

- La douleur pelvienne: est une douleur moins bien définie quant à sa localisation précise, plus diffuse et sans lien direct avec le cycle de remplissage miction de la vessie.

Ce type de syndrome est très fréquemment associé au syndrome du côlon irritable, de fatigue chronique, de fibromyalgie, d'allergie.

Cette prise de conscience d'une inter-relation entre ces affections et le syndrome de vessie instable doit attirer l'attention des différents thérapeutes et professionnels de santé afin d'envisager une prise en charge particulière, globale et intégrative, de ces patients.

En effet, chez ces patients, les ECBU sont négatifs, le BUD ne retrouve pas une hyperactivité vésicale et de ce fait, respectivement les antibiotiques et les anticholinergiques ou molécules de la même famille restent inefficaces.

PROPOSITION POUR UNE PRISE EN CHARGE

Le thérapeute commencera par un bilan complet car certaines informations pourront être utiles afin de proposer une thérapie plus particulière. (cf tableau)

TABLEAU :
Bilan d'évaluation de prise en charge d'un syndrome de vessie instable
- Age,
- Depuis quand présentez-vous ces symptômes?
- S'est –il passé un événement particulier à cette date?

- Mode de vie

❒ Profession :
❒ Pratique régulière d'un sport
❒ Tabac
❒ Alcool

❒ Port de gaine/corset
❒ Degré d'autonomie :
  o dépendant
  o indépendant

- Facteurs favorisants :

❒ Poids/taille : surcharge
❒ Diabète
❒ Constipation
❒ Poussée hémorroïde
❒ Spasmophilie, fibromyalgie
❒ Hyperthyroïdie
❒ Hypothyroïdie
❒ Bronchite chronique – asthme
❒ Rhume des foins
❒ H.T.A.
❒ Terrain psychologique – dépression
❒ Problèmes familiaux semblables
❒ Néphrologique
❒ Urologique
  o Infection urinaire chronique

❒ Maladies neurologiques
  o S.E.P.
  o Traumatisme crânien et rachidien
  o Parkinson
  o Hémiplégie
  o Parkinson
  A.V.C.

❒ Problèmes rhumatologiques
  o Douleurs lombaires ou lombo-sacrées
  o Discopathie
  o Canal lombaire étroit
  o Traumatisme rachidien
❒ Chirurgicaux
  o TVT ou TOT
  o Post radique

- Malformation
- Enurésie
- Cure de prolapsus

Bilan de ménopause

- Ménopause : Date : Age :
- Traitement de substitution : ❒ Oui ❒ Non
  - local
  - per-os
- Intervention dans le bas ventre : ❒ Hystérectomie
  ❒ Cure prolapsus
  ❒ Autre
- Pessaire ❒ Oui ❒ Non

- Avez-vous des problèmes sexuels : ❒ Oui ❒ Non

1/ Bilan de l'incontinence

- Date apparition incontinence :
- Evolution : ❒ Identique ❒ s'aggrave ❒ s'améliore
- Diurne ❒ Oui ❒ non
- Nocturne : ❒ Oui ❒ non

- Circonstances d'apparition :

❒ I.U.E. :
- Stade 1 : toux, rire, éternuement
- Stade 2 : port de charge, sport, course
- Stade 3 : marche rapide, changement de position

❒ I.V. :
- Froid
- Bruit de robinet
- Mains dans l'eau

➔ ❒ Envie ❒ Fuites

- Caractère de la fuite : ❒ jet
  ❒ goutte post mictionnelle
  ❒ involontaire par manque de retenue
  - miction complète
  - miction incomplète

  ❒ insensible
  - miction complète
  - miction incomplète

  ❒ sensation de fuite vaginale
  ❒ Fuite par regorgement
  ❒ Fuite pendant les rapports

Bilan ano-rectal

- Hémorroïdes ❒ Oui ❒ Non
- Fissures ❒ Oui ❒ Non
- Fistules ❒ Oui ❒ Non

- Incontinence anale ❒ Oui ❒ Non
  - o passive ❒ Oui ❒ Non
  - o active ❒ Oui ❒ Non
  - o au gaz ❒ Oui ❒ Non
  - o aux selles liquides ❒ Oui ❒ Non

- Soiling ❒ Oui ❒ Non

- Constipation ❒ Oui ❒ Non
  - o récente ❒
  - o ancienne ❒

- Nombre de selles ❒ = 3 ❒ < 3

- Consistance des selles
  - ❒ normales
  - ❒ liquides
  - ❒ dures
  - ❒ fragmentées

- Poussée lors de l'exonération ❒ Oui ❒ Non

- Straining ❒ Oui ❒ Non
  - o manœuvre vaginale ❒
  - o manœuvre anale ❒
  - o manœuvre périnéale ❒

- sensation d'obstacle ❒ Oui ❒ Non
- Sensation besoin conservée ❒ Oui ❒ Non
- Urgence ❒ Oui ❒ Non
- Exonération incomplète ❒ Oui ❒ Non
- Laxatifs oraux ❒ Oui ❒ Non
- Suppositoires ❒ Oui ❒ Non
- Lavements ❒ Oui ❒ Non
- Ecoulement anal anormal ❒ Oui ❒ Non
  - o glaire ❒ Oui ❒ Non
  - o sang ❒ Oui ❒ Non

- Douleurs associées : ❒Oui ❒ Non
  - o lombaires ❒
  - o abdominales ❒
  - o coccyx ❒

- Maladie intestinale
  - ❒ recto colite hémorragique
  - ❒ maladie de Crohn
  - ❒ autres

2/ Bilan mictionnel

- Nombre de mictions : Par jour : Par nuit :
- Volume boisson :
- Type de boisson :
- Jet urinaire :
  - ❒ Normal
  - ❒ Lent
  - ❒ Fin
  - ❒ Puissant
  - ❒ Retardé
  - ❒ Insensible
  - ❒ Douloureux
- Nécessité de pousser pour uriner : ❒ Début de miction ❒ Fin de miction
- Sensation de vidange incomplète après la miction : ❒ Oui ❒ Non
- Miction sans besoin : ❒ Oui ❒ Non
- Port de garniture : ❒ Occasionnel ❒ Systématique
- Douleur mictionnelle ❒ Oui ❒ Non
- Enurésie ❒ Oui ❒ Non
- Auto sondage ❒ Oui ❒ Non

TRAITEMENT COMPORTEMENTAL

Les traitements comportementaux ont été beaucoup utilisés en psychologie et en psychiatrie.

Dans le contexte urinaire, il n'a fait son apparition qu'à partie de 1966.

Il consiste principalement en l'utilisation d'un calendrier mictionnel, afin d'observer le comportement mictionnel de la patiente et à partie de ces données, de pouvoir rétablir un équilibre mictionnel et de donner des conseils adéquats.

On utilise surtout cette technique sur les instabilités vésicales (sans cause organique) : c'est-à-dire avec des patientes qui présentent des urgences mictionnelles et des fréquences de mictions trop nombreuses.

Souvent, on remarque qu'il s'est installé un comportement mictionnel non physiologique depuis très longtemps, plus par anxiété, difficultés émotionnelles que par réelle pathologie.

Nous fournirons à la patiente une feuille sur laquelle figurent trois jours de la semaine, et on va lui demander de noter à chaque fois, ses mictions, les horaires de jour comme de nuit, en codifiant par le volume ,ou en ayant le volume réel grâce à un verre doseur.

+++ volume important
++ volume moyen
\+ petit volume

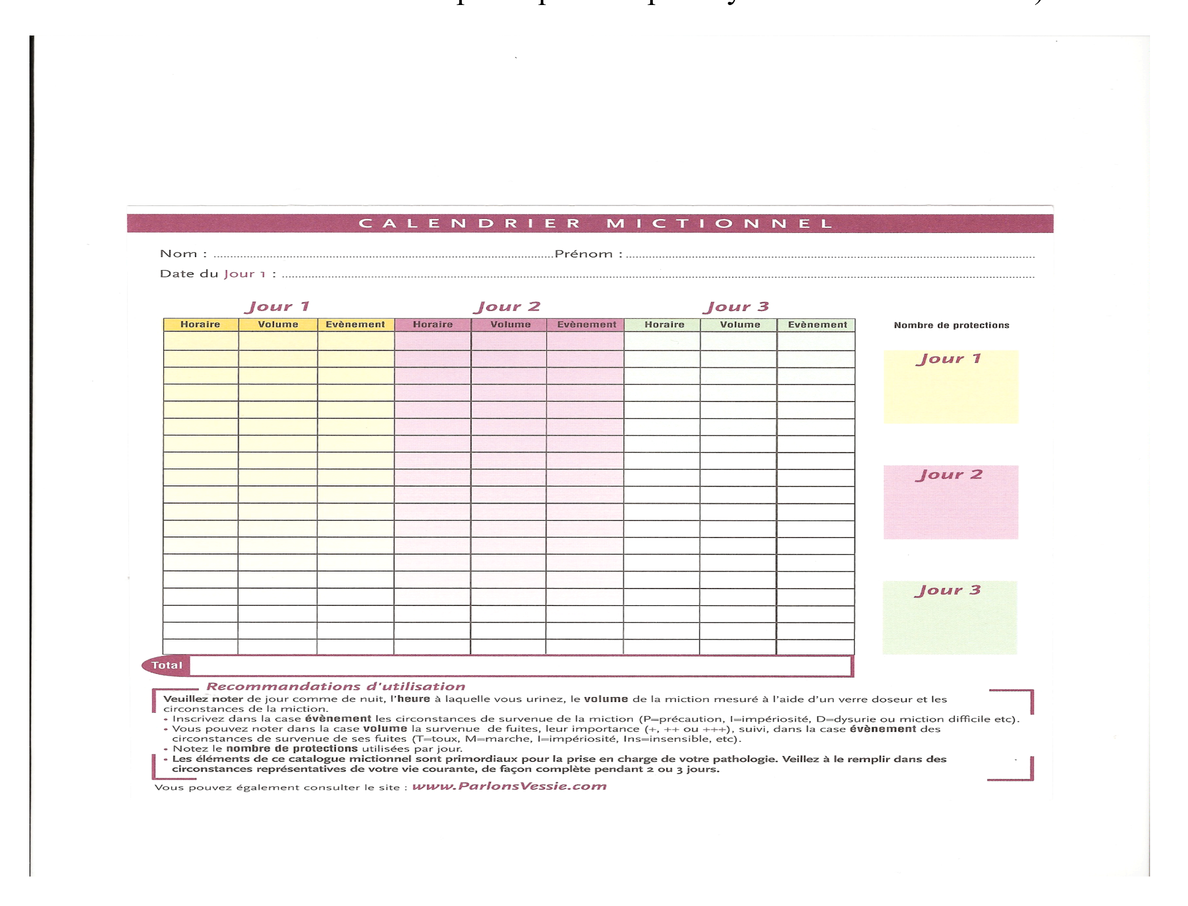
La miction de référence étant celle du matin.

Dans une autre colonne sera noté le volume de boisson absorbée, l'heure à laquelle elle est absorbée ainsi que sa qualité (eau, thé, café, coca-cola, jus d'orange, vin, etc…)

Dans une troisième colonne figurera s'il y a eu des fuites, ceci avant ou après la miction, et les circonstances de ces dernières (sur un effort ou par impossibilité de se retenir).

Une fois le calendrier mictionnel rempli, nous l'étudierons avec la patiente et à partie de ce moment, nous analyserons le nombre de mictions, les volumes de liquide ingéré, les fuites et nous corrigerons, si nécessaire, son comportement mictionnel ;

(Nous allons refaire le tableau ci-dessous spécifiquement pour syndrome vessie instable)



CALENDRIER MICTIONNEL

Nom : .... Prénom : ....

Date du Jour 1 : ....

Jour 1			Jour 2			Jour 3		
Horaire	Volume	Evènement	Horaire	Volume	Evènement	Horaire	Volume	Evènement
Total								

Nombre de protections

Jour 1

Jour 2

Jour 3

Recommandations d'utilisation

Veuillez noter de jour comme de nuit, l'**heure** à laquelle vous urinez, le **volume** de la miction mesuré à l'aide d'un verre doseur et les circonstances de la miction.

- Inscrivez dans la case **évènement** les circonstances de survenue de la miction (P=précaution, I=impériosité, D=dysurie ou miction difficile etc).
- Vous pouvez noter dans la case **volume** la survenue de fuites, leur importance (+, ++ ou +++), suivi, dans la case **évènement** des circonstances de survenue de ses fuites (T=toux, M=marche, I=impériosité, Ins=insensible, etc).
- Notez le **nombre de protections** utilisées par jour.
- **Les éléments de ce catalogue mictionnel sont primordiaux pour la prise en charge de votre pathologie. Veillez à le remplir dans des circonstances représentatives de votre vie courante, de façon complète pendant 2 ou 3 jours.**

Vous pouvez également consulter le site : www.ParlonsVessie.com

En effet, dans certains cas, le nombre excessif de mictions dépend d'habitudes.

Exemple : le fait de quitter la maison, on va systématiquement uriner, alors que l'on n'a pas envie.

Lorsque la sensation urgente se fera sentir, on demandera à la patiente de différer la miction de 10 à 15 minutes grâce à une contraction périnéale longue (en fait cela fait appel au réflexe 3 de Mahony)qui va inhiber la vessie.

Petit à petit, ce moyen permettra de gagner du temps entre chaque miction, et au fur et à mesure que la vessie prendra l'habitude de déclencher l'envie sur un temps donné, on lui imposera alors de la même manière de différer la miction à nouveau de 10 à 15 minutes, et cela jusqu'à obtenir entre chaque miction environ 3 heures, soit un nombre de mictions comprises entre 5 et 7 fois par jour.

Bien évidemment, ceci dépend également du volume de boisson ingéré ainsi que de la qualité du liquide.

Certains liquides tels : café, thé, vin blanc, champagne sont des excitants vésicaux et ne sont donc pas recommandés dans ce type de pathologie.

Il faudra également régulariser la prise des boissons, certaines femmes boivent beaucoup plus à certains moments et plus du tout à d'autres, **il faut boire régulièrement.**

Généralement, en 4 à 5 semaines, la fréquence mictionnelle est améliorée.
Il faut savoir qu'en fonction de la période hormonale, la vessie peut être plus ou moins instable (avant les règles par exemple) ceci n'est en rien pathologique.

<u>LES QUELQUES CONSEILS SUR L'HYGIENE MICTIONNEL</u>

1. Ne pas aller aux toilettes par précaution, par habitude ou encore par ennui.

2. Eviter les liquides qui sont des excitants vésicaux comme le thé, le café, le vin blanc, le champagne

N.B. : Ne pas confondre avec un diurétique, qui lui augmente le volume de la diurèse, mais n'excite pas la vessie, avec un excitant vésical qui pour un petit volume donnera une envie pressante.

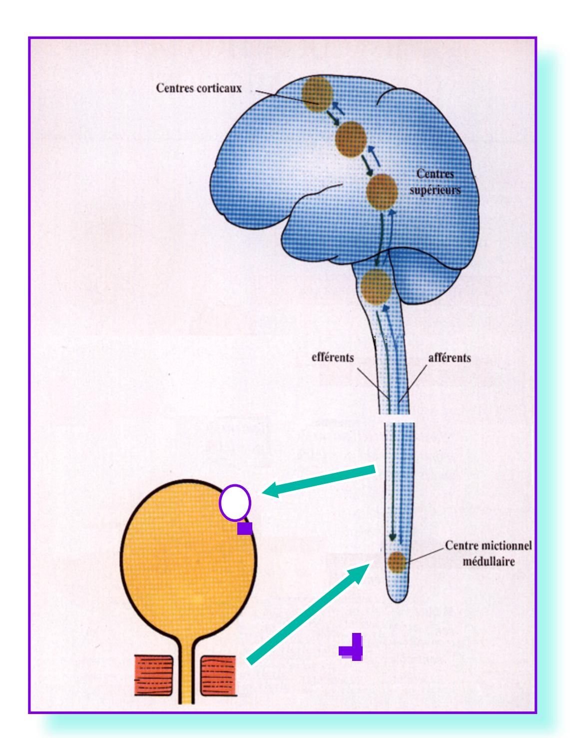
3. Ne pas réduire sa consommation de boisson et ne pas tomber dans un excès inverse.

N.B. : Avec une température de 20°C : 1,5 litres tout confondu est suffisant.

<u>L'ELECTROSTIMULATION</u>

L'électrostimulation est une impulsion électrique variable (durée et intensité) transmise par un appareil aux différents muscles par l'entremise de deux ou plusieurs électrodes. L'impulsion électrique provoque la contraction musculaire du ou des muscles choisis sans que le système nerveux central (cerveau) ne soit mis à contribution, ce qui n'engendre pas de fatigue nerveuse importante. Le panel d'impulsion électrique est tel que vous pouvez choisir le type de « travail » de la séance.
Objectif de la stimulation électrique :
- la stimulation du nerf pudendal entraîne **une contraction directe** du plancher pelvien
- par l'intermédiaire de la moelle épinière **une stimulation réflexe** du nerf pelvien est mise en jeu (ce qui entraîne une inhibition réflexe du détrusor).

Le muscle cible est le périnée, muscle innervé par le nerf pudendal, issu des racines nerveuses S1-S2-S3 (nerfs sortants des trous de conjugaison entre les vertèbres S1-S2-S3).



Par conséquent, la stimulation devra se faire par voie vaginale.

<u>Inhibition vésicale</u>

Il est établi que la stimulation électrique inhibe le détrusor par un réflexe médullaire long.
La stimulation durera 20 mn.

- Effet inhibiteur : fréquence 1 à 10 Hz

- Largeur d'impulsion : 200 à 300 micros secondes

Stimulation sans temps de repos. Durée de la stimulation : 20 mn.

Il existe une confirmation clinique de ce résultat en objectivant la diminution du nombre de mictions par 24 heures.

LA STIMULATION TIBIALE POSTERIEURE

Ce type de stimulation est encore peu utilisé mais les résultats des dernières études nous laissent présager un avenir prometteur.

Cela consiste à placer deux électrodes auto-collantes de chaque coté de la cheville, ces dernières étant reliées à un électrostimulateur portable.
La fréquence utilisée sera de 10 hz et la patiente réalisera cette stimulation 20 mn tous les jour.
C'est absolument indolore.
Les mictions fréquentes sont diminuées et les douleurs sont régressives.

LES « TRIGERS POINTS » (techniques fortement recommandée sur les dyspareunies, douleurs pendant les rapports sexuels)

Quand le corps est en tension soutenue, le myofascia ou aponévrose musculaire provoque de plus en plus de douleur et cela irrite les nerfs sensitifs et moteurs. Plus il y a de douleur, plus le myofascia devient tendu (c'est comme une forme de protection).

Quand le muscle est en constante tension, il travaille même s'il est au repos. Donc, un muscle sous tension demande plus d'oxygène et de nutriments et produit donc plus de déchets qu'un muscle sans tension. Cela crée dans le myofascia ce que l'on appelle **un trigger point**.

Les trigger points se forment durant notre vie comme une réponse à un ou plusieurs traumatismes (stress) tel que l'usure, les mouvements répétitifs, les blessures sportives, les virus, une mauvaise posture, une chirurgie, la surtension, le stress émotionnel, les problèmes articulaires, etc.…
Lorsque l'on palpe un trigger point, on ressent comme un genre de nodule entouré de cordon tendu.

Une fois que le thérapeute a détecté ce point, il y a deux moyens de le traiter**:** - manuellement. En massant fortement le point, la circulation sanguine augmente et la douleur diminue
- « dry needling » fait par une aiguille d'acupuncture stérile à usage unique. On essaye de détruire le point douloureux dans la musculature pour que le muscle puisse se relâcher et la circulation sanguine puisse reprendre.

LA RELAXATION

Toutes les techniques de relaxation : « Jacobson, training autogène de Schultz, sophrologie… » seront d'une aide précieuse en complémentarité des autres techniques décrites précédemment.

Glossaire :

ECBU : examen cytobactériologique des urines : (en Belgique EMU = examen microscopique des urines) examen de biologie médicale, étudiant l'urine, et déterminant la présence de globules rouges, de globules blancs, de cristaux et de germes.
Bilan urodynamique : cf encadré
Médicament anticholinergique : composés qui servent à réduire les effets où l'acétylcholine joue le rôle de médiateur dans le système nerveux central et le système nerveux périphérique. Elle joue un rôle dans la commande de la contraction des muscles lisses comme ceux de la vessie ou des bronches. Les médicaments qui bloquent son action favorise la relaxation de ces muscles. La vessie étant une poche musculaire, sa relaxation diminue l'envie d'uriner. Le blocage de l'acetylcholine entraine aussi une sensation de bouche sèche et parfois des troubles de mémoire les médicaments anticholinergiques agissant

sur la vessie sont : le Ditropan®, ,driptane,urispas,ceris…) (L'acétylcholine est le principal neurotransmetteur
Miction : désigne l'élimination d'urine par la vidange de la vessie.
Soiling: perte involontaire de matières fécales en générale associée à une constipation
Manœuvre de "straining" : manœuvre de force digitale pour faciliter l'exonération. Il s'agit d'une manœuvre d'appui que la patiente exerce soit sur le noyau fibreux central du périnée soit au bord du canal anal soit en introduisant un doigt dans le vagin afin de vider son canal anal.
Nerf pudendal autrefois appelé nerf honteux: Ce nerf est un nerf appelé sacré car il prend naissance derrière le sacrum. Sa branche principale émerge du troisième trou sacré (S3) et est complétée par ses racines soeurs (S2 et S4). A noter que S1 et S5 peuvent apporter une contribution. Immédiatement à leur sortie, ils se placent sous le muscle piriforme. Ensuite, au niveau du ligament sacro épineux, ces nerfs se retrouvent pour ne faire plus qu'un, que l'on appellera nerf pudendal. Il passe entre le ligament n°1 et le ligament sacro-tubéral qui forment une pince ligamentaire, pour pénétrer dans un dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne appelé canal d'alcock ou canal pudendal .
C'est dans ce canal que le nerf pudendal donnera naissance à 3 branches principales: le nerf dorsal du clitoris (ou verge), le nerf périnéal et le nerf rectal inférieur. Ces nerfs innerveront à la fois et en partie les sphincters urétral, anal, muscles périnéaux et organes génitaux.

Myofascia: aussi appelé aponévrose c'est une couche fine Presque transparente qui enveloppe les muscles

Dysparéunies : douleur pendant les rapports sexuels